

令和6年度第2回川崎市メディカルコントロール協議会作業部会 議事録

1 開催日時

令和6年11月5日（火）15時00分から17時00分まで

2 開催場所

川崎市消防局6階作戦室

3 出席者

（1）委員・幹事

藤谷部会長、伊藤委員、森澤委員、大嶽委員（WEB）、上野委員、藤田委員、宿田幹事、根本幹事、塩田幹事、塩川幹事、田中幹事、土山幹事

（2）オブザーバー

聖マリアンナ医科大学病院 田邊教授（WEB）

（3）事務局

平山担当部長、近藤救急課長、救急課白井課長補佐、佐々木救急指導係長、西山メディカルコントロール推進担当係長、救急指導係小川主任・田中主任

4 欠席者

中西委員

5 次第

（1）開会

（2）部会長挨拶

（3）検討事項

議題1 胸痛、動悸・不整脈プロトコルの見直しについて（資料1-1～1-6）

議題2 心肺蘇生を望まない傷病者への対応について（資料2-1～2-11）

（4）報告事項

報告1 「救急患者連携搬送料」について（資料3-1～3-2）

報告2 マイナンバーカードを活用した救急業務の実証事業（マイナ救急）について（資料4-1～4-2）

報告3 救急隊と医療機関との情報共有システムについて（資料5-1～5-3）

報告4 第33回全国救急隊員シンポジウムの発表演題について（資料6-1～6-2）

（5）その他

（6）閉会

【事務局佐々木】

ただいまから令和6年度第2回川崎市メディカルコントロール協議会作業部会を開催いたします。

次第2、部会長挨拶。

【藤谷部会長】

前回に引き続き、心肺蘇生を望まない傷病者への対応について、今日もここに時間を割かなくてはと思っています。そして、新たな胸痛のプロトコールについて循環器の先生方も入り手伝っていただいております。本日は、田邊先生も出席されていますので、色々な意見をいただきながら作業部会を進めていければと思います。

【事務局佐々木】

次第3、検討事項。以後は川崎市附属機関設置条例第7条により藤谷部会長を議長として進行をお願いします。

【藤谷部会長】

それでは、事務局から資料の説明をお願いします。

【事務局西山】

(議題1、胸痛、動悸・不整脈プロトコルの見直しについて、資料に基づき説明を行った。)

【田邊教授】

前回の会議では、病院前12誘導心電図を測定する時間があつたら、重症な患者は早く病院に連れていきたいというご意見が出たということで、これはそのとおりですので、修正した要綱の中に、重症であつて病院搬送をいち早くしたほうがいいと救急隊が判断した場合はその限りではないということを追記しております。

一方で、この病院前12誘導心電図の意義というのは、中等症からごくまれには軽症の患者さんの中にも、ST上昇型心筋梗塞というものが、外来をやっているだけでも結構含まれていて、そういう患者さんをカテーテルができる病院に運んで、病院ではカテ室でやっている業務を途中で中断して、その人のためにカテ室を空けて待つておくということがありますので、そういった意味では、病院前12誘導心電図というのは非常にいい診断ツールになります。

実際、都会においても、大阪の国立循環器病センターの近くで、病院前12誘導心電図を実施することでドア・ツー・デバイスタイムが短くなったという報告があります。

そこで1つお願いがありまして、我々循環器側の希望としては、川崎CCUネットワークの長であり世話人であります関東労災の並木先生も含めてお話したのですが、救急隊が判読して言葉で伝えていただくのは、ありがたいのですが、同じST上昇でも心膜炎によるST上昇や早期再分極というような、正常範囲のST上昇など、色々な範囲がありますので、できれば、写メとかでもいいので、画像でぱっと見られるようなもの

ができればというのが循環器内科の切望であります。

酸素投与についてですが、 SpO_2 94%未満についてのエビデンスはどこにあるのかというようなご指摘がありまして、ほかの自治体も94%ということで、その値にしました。その後、日本循環器学会のガイドラインやヨーロッパのガイドラインで、心筋梗塞のときは90%未満で酸素投与をしろというのがありましたので1度、90%未満に変更しましたが、一方で、森澤先生にお伺いしたところ、細胞が最低酸素を供給するには92%あったほうが良いという助言があり、また、救急隊が搬送する時点では心筋梗塞と決まっているわけではないため、元の94%に直させていただきました。

肺塞栓については、軽症から重症まで幅の広い病気のため、文言としては肺塞栓が疑われて、呼吸循環動態が不安定、簡単に言えばPCPSとかの可能性もあるような人については緊急カテーテル検査ができるところで対応しようというふうにいたしました。

【藤谷部会長】

田邊先生から詳しい説明がありましたが、1つずつ確認をしていければと思います。

急性冠症候群と、非急性冠症候群というところの二つに分けると、この用語を使うということに関して何か問題はございますか。ないですね。

次に、酸素投与に関して、90から94に変更していますが、 SpO_2 94だと PaO_2 70ぐらい。 SpO_2 90だと PaO_2 60ぐらいで、ぎりぎりのラインです。酸素需要がありますと頻脈や冷や汗もかいている可能性がありますので、90%はいかがかなと思います。94%で田邊先生に検討していただいたという経緯がございます。この94%に関して強いエビデンスはないですが、この数値に関していかがでしょうか。

【伊藤委員】

特に意見はありません。

【上野委員】

SpO_2 は多少変動しますので、94前後で、多少低ければ開始してもいいと思います。

【森澤委員】

特にございません。

【藤田委員】

特にありません。

【大嶽委員】

数値は大丈夫です。 CO_2 のナルコーシスを起こすときの留意について、酸素量はそのときの判断でしょうか。

【藤谷部会長】

94にしていれば間違いはないかなと思います。それ以上ですと CO_2 ナルコーシスを

起こしてくる可能性があります、あまり上がり過ぎないようにという意味合いが含まれていると思いますがいかがですか。

【田邊教授】

その通りです。

【藤谷部会長】

COPDの場合は88から92と一般的には言われており、少し高めのラインを目指されてCO₂ナルコーシスにならないようにという配慮かなと思いました。

【田邊教授】

循環器的には92でも94でもどちらでも大丈夫です。

【藤谷部会長】

短期間で搬送されてきますので、COPDの人も94%を目標にして留意するというものでいかがでしょうか。

【大嶽委員】

理解しました。大丈夫です。

【藤谷部会長】

次に、12誘導心電図の適用がある場合は、緊急心カテができる医療機関ということで、ここも明白なのかなと思いますが、異論はないということによろしいでしょうか。

次に、心電図の読影法を救急隊がされるということで、言葉で心電図の変化を医師に報告をするという流れだと思いますが、そこに関しては懸念事項があります。研修医等も心電図を勉強してきていますが、なかなか正確に伝えることができないという問題が内部であります。できれば心電図を何らかの手段で送っていただきたいというのがございます。現在の救急隊が使用している機器では12誘導心電図は伝送できません。であれば、どのようにして送るのが適切なのか、この点に関してご意見をお願いします

【伊藤委員】

送れたほうがいいと思いますが、設備投資にお金がかかるのではと思います。

【上野委員】

現状では、救急隊が持っているスマートフォンで写真を送る等ぐらいしかできないと思います。川崎病院も10月からスマートフォンを導入しています。個人のスマートフォンですと個人情報の取扱いが難しくなってくると思いますので。

【藤谷部会長】

スマートフォンでどこに送るかですよね。

【事務局西山】

病院の指定のメールアドレスに送るということが一番スムーズかなとは思いますが、調整が必要です。

【藤谷部会長】

緊急心カテができる施設というのがどのぐらい川崎にあるんでしょうか。

【田邊教授】

南部が4施設、中部が3施設、中部は曜日によっては可能というところを入れると4施設です。

【藤谷部会長】

各地区4施設程度であれば、その地区で発生したら、まずは病院を選ばずに、その地区の4施設に一斉で送るという可能性もありそうですが。

【事務局西山】

可能性としては考えられますが、情報共有システムの実証実験もありまして、すぐには、取り掛かれません。

【藤谷部会長】

この不整脈プロトコルはいつから運用開始予定ですか。

【事務局西山】

令和7年4月から運用開始を目指しております。

【藤谷部会長】

心電図をスマートフォンで送信することについてご意見をお願いします。

【森澤委員】

川崎全体でセキュアな環境でとなると、情報システムの実装を待つしかないと思います。各施設が運用を構築されるのはいいかもしれませんが、公共の電波に乗せることや通知方法などの検討もありますので、すぐに決まる話ではないかなと思います。

先ほど、車を止めて撮影するような話がありましたが、今回のフローですと車内収容後に撮影しますので、止める必要はないかなと思います。

【伊藤委員】

新たなツールが難しいのであれば、ST変化がありそう、なさそうですが、のように附帯条件として伝える程度で、いずれは視覚化されるようなシステムに乗付ける形で、まずは12誘導心電図を測定して、そこで判読については、あくまで附帯条件という形で走らせたほうが進むのかなと思います。

【上野委員】

4月からということであれば、伊藤先生がおっしゃったように、まずは口頭でスタートして、将来的にはシステムを検討でいいかなと思います。

【大嶽委員】

お二人と同じです。最初は走らせるということが大事かなと思います。

【藤谷部会長】

親会でも画像を飛ばすことができないのか、自動判読ができないのか、などの話があり、コンサバにいくと待ちましようとの結論になるかと思われます。

【田邊教授】

システム導入が、早くて令和9年からということで、それは少し長いと思っております。カテテルをやる人間としては、病院前12誘導心電図の結果が、カテ室を開けて待つておくかという大事な判断になりまして、カテ室を開けて待つていたけれど、実はカテ適応症例ではなく、結果的に空振りとなり救急隊の方々が嫌な気持ちになることを一番懸念しています。そのため、システムが早期に導入されないのであれば、代替案を構築すべきだと思います。

【藤谷部会長】

各施設と救急隊に医療用のSNSを買っていただいて、そのSNSで画像を送るなどの方法があるかと思います。

【田邊教授】

それができたらお願いしたいところです。また、名前も性別も入っていない心電図が個人情報に当たるかどうかというのもポイントだと思います。

【伊藤委員】

案1の急性冠症候群が案2では虚血性心疾患という言葉に全て書き換えられています。ちょっと不勉強なのでお伺いしますが、虚血性心疾患というと、通常安定型狭心症を含むという形になって、急性冠症候群の場合は安定型狭心症は含まないので、案2の場合は、安定型狭心症も含んで、間口を広げるイメージなのですが、今の先生のご発言ですと、救急隊に空振りをさせてしまって申し訳ないというのは、どのようなことですか。

【田邊教授】

救急隊がST上昇というふうに判断されて、カテ室を開けていたのに、来たら全然違うということになったら悪いかなということですよ。

【伊藤委員】

空振りを許容する文化をCCUネットワークにも持っていただきたいと思い聞かせていただきました。

【田邊教授】

事務局で虚血性心疾患に変更してまして、こちらは不安定狭心症も含まれるのであれば、急性冠症候群という名前に変えてもいいかなと思います。

【伊藤委員】

安定型の労作性狭心症を含めたいという思いから虚血性心疾患というテクニカルタームにわざと案2で切り替えたかと推察しましたが、そういうことではなく、言葉としては、急性冠症候群のほうがCCUネットワークとしてはいいですか。

【田邊教授】

どちらでも大丈夫です。救急で切迫した状況ということであれば、急性冠症候群のほうが妥当かなとは個人的には思います。

【藤谷部会長】

救急隊の読影だけの状態が長期間続くのは厳しいという感じがしますがいかがでしょうか。

【森澤委員】

心電図伝送システムを川崎市全体の救急隊に実装させるのは、相当敷居が高いことであることは間違いないです。その敷居を乗り越えるほどの明確な必要性を提示しないといけないと思います。事務局に伺いますが、約2年後に情報共有システムの導入を考えている中で、更に新たな心電図を伝送するシステムを今から導入するとしたら現実問題としていかがですか。

【事務局西山】

今から新たに心電図伝送システムの導入を検討して、仮に導入が決まったとしても、実際に導入されますのは、情報共有システムより後になりますので、現実的ではないと考えています。そのため、これは事務局で持ち帰らせていただいてもよろしいでしょうか。

【藤谷部会長】

できる方法を考えていただきたい。2年は待てないと思いますし、親会からもそのような意見が出ていましたので、前向きに検討していただけないかなと思います。

次に、急性大動脈解離とPEのところのアルゴリズムを二つに分けられて、PEを疑う呼吸循環系のバイタルが不安定な人は緊急心カテができる施設に送りましょうということでしたが、そこに関して何かご意見はございますでしょうか。

委員の皆様よろしいでしょうか。

では、こちらも大丈夫ということで、あと1点が、原則12誘導心電図を測定することということで、「原則」という文言が付け加えられていますが、これは前回の作業部会の意見を反映させたものですが、こちらもよろしいでしょうか。

では、作業部会では案2を検討結果として親会に報告します。

【事務局佐々木】

確認ですが、急性冠症候群と虚血性心疾患のどちらの文言がよいでしょうか。

【伊藤委員】

意図があって変更したのかどうかの確認なので、労作性の安定型狭心症を含んでいても問題ないと思います。

【事務局西山】

事務局としては、先ほど伊藤委員がおっしゃったような意図があり、変更させていただきました。

【藤谷部会長】

それでは、虚血性心疾患でより感度を上げて拾いに行くということで、そのまま虚血

性心疾患でよろしいでしょうか。それでは、虚血性心疾患いたします。

それでは次、心肺蘇生を望まない傷病者への対応ということで、事務局のほうから資料の説明をよろしくお願いします。

【事務局西山】

（議題 2、心肺蘇生を望まない傷病者への対応について、資料 2－1 から 2－5 に基づき説明を行った。）

【藤谷部会長】

親会で議論され、現時点では指導医による心肺蘇生中止判断は難しいであろうという結論になりました。その背景として理由がいろいろと記載されていますが、大きな決定的な因子が指導医による中止判断を行っている地区で、今まで一度も指導医による中止になった事例がないということで、現状では、一般市民の方々からのコンセンサスが得られないであろうということが議論されました。

そこで、今回ご議論をしていただきたいことが、今、事務局のほうから 6 点ほどありましたが、一つずつ議論をしていければと思います。

まず検討 1 として、かかりつけ医に連絡がついた場合、かかりつけ医にどのようなことを救急隊が報告をするべきかですが、ここに 4 点ほど挙げられていますが、これ以外にご意見があればお願いします。

【上野委員】

この 4 点で問題ないと思います。あとは、相手側から質問があると思うので、それに対して答える形でいいと思います。

【森澤委員】

救急隊が引き下がる条件を入れたほうがいいと思います。かかりつけ医とされる人が、「救急隊の責任であれば中止判断しますよ。」などの言い方をしてくる可能性があります。その際、ことの経緯を全部かかりつけ医に説明するのは、かなりご負担だと思いますので、すんなりと中止指示が出なければ、搬送に移るという担保をつけてあげたほうがいいと思います。

【藤谷部会長】

搬送に移るステップをもう少し注釈をつけて、時間がある程度かかったりするような場合は搬送に速やかに進むというような文言を入れてはどうかというご意見です。

【森澤委員】

救急隊の方々はそのような文言はいらないですか。

【田中幹事】

救急隊に判断を任せてと言われたときは、指導医の指示を仰ぐようなことができるとよいのですが。

【藤谷部会長】

指導医は中止判断ができないので、曖昧な返事であれば、搬送しかありません。

【森澤委員】

救急隊の方に、「頑張って中止する必要はない。搬送していい。」ということを伝えてあげる必要があると思います。なので、判断に時間がかかる場合など、そのような一文を入れたらどうでしょうか。

もう1つの懸念は、中止判断の確認に時間がかかる時です。「今、診療中なのでお待ちください」、「施設に戻ってカルテを見てから折り返す」などの時、ずっと心肺蘇生をしている状況は問題だと思いますので、時間の制限をつけないと収拾がつかなくなってしまうと思います。

【藤谷部会長】

時間の制限をどのぐらいにするか。例えば5分以内にしておけば、救急隊も待てるのかなと思いますが。「判断が速やかにできない」、「速やかとは5分」というような文言を入れるという案はいかがでしょうか。

【根本幹事】

具体的な時間もすごく大事かと思いますが、時間は、スタートするタイミングがぶれますと、測定するのが困難になりますので、できれば「速やかに連絡が取れない場合」などにしたほうが、現場の隊員はやりやすいかなと思います。

【森澤委員】

「速やかに連絡がつかない」、または「速やかな中止指示を確認できない場合」などにすればいいかなと思います。

【藤谷部会長】

委員の方々、これでよいでしょうか。では、事務局この文言を入れてください。

それでは、検討1は、この4つの項目について報告をすることにします。

次に指導医への報告内容ですが、皆さん、ご意見があればお願いします。

救急隊が指導医に報告をする立場として、いかがでしょうか。

【田中幹事】

例えば搬送先に関することの助言を得るためとか、D N A Rの事案が発生していることを知ってもらうためということであれば、かかりつけ医等に連絡してから指導医の下に入るというのは、順序が逆転しているんじゃないのかなと思ったところです。現在のC P A等の活動でも、まず先に先生方に収容依頼や特定行為の必要性をファーストコールしていますので、順を追っていく中で活動するのであれば、現場でA C Pを確認した場合、いきなりかかりつけ医に連絡して、どうしますかと言うよりは、まず指導医に連絡して、こういった事案が発生しています。A C Pのプロトコールにのっとり活動してよろしいですかのような流れのほうが自然なのかなと個人的には思いました。

【藤谷部会長】

非常に重要なポイントかなと思いました。心肺蘇生を希望しないという意思表示があり、かかりつけ医に連絡がつけば、そこで終わる可能性があるので、そっち側のルートを優先させる意味でこのプロトコールができたのかなと思いますが、通常、MC下で活動しているということで、一報を入れておくというのもありなのかなと思いますが、もう少し早く指導医へ報告を上げるということに関して、いかがでしょうか。

【森澤委員】

この活動を指導医に報告の上で進める案件なのか、それとも救急隊の判断で進めて、その次のステップについて報告をするかということだと思いますが、事務局、これはそれを分かった上で、あえてこの順番にしている。

【事務局西山】

そのとおりです。事務局からの説明が足りなくて申し訳ありません。当初は、田中幹事がおっしゃった内容で案を作成していましたが、指導医に電話して、かかりつけ医に電話して、連絡がつかない場合はもう一回、指導医に電話するという、非常に時間がかかるプロトコールになってしまいました。実際に神戸市消防局ではそのようなプロトコールとなっておりますが、やはり煩雑であろうと思い、プロトコールで定めて包括的な活動にしたい目的がございまして、このようなプロトコールの順番にさせていただいております。

【藤谷部会長】

あえて包括的なフローにしたということですが、この点に関していかがでしょうか。

ご意見がなければ、このままでいきたいと思います。

その他、ご意見がなければ検討2についてもこの内容でいきたいと思いますがよろしいでしょうか。

では、検討3に移りたいと思います。

【事務局西山】

(資料2-6に基づき説明を行った。)

【藤谷部会長】

先ほども議論になりましたが、案のとおりでいいかと思いますがいかがでしょうか。それと、連絡がつかない、中止指示が出ない場合も、必要な処置を実施して三次医療機関これに準ずる医療機関に搬送ということについてご意見ありますでしょうか。

なければ、案のとおりでいかせていただきます。

では、検討4になります。

【事務局西山】

(資料2-7から資料2-8に基づき説明を行った。)

【藤谷部会長】

検討4-1に関していかがでしょうか。約40分の根拠は16キロ圏内ということで

す。ご意見がなければ次の検討に移ります。

検討４－２、かかりつけ等が往診できない場合ということですが、搬送する医療機関に関して、「要検討」と書かれていますが、先ほどのように三次もしくはそれに準ずるにするのか、二次救急告示にするのかということで、親会では、かかりつけ医からの言質をいただいていることもあるので、二次救急告示でもいいのではという話が出た記憶があります。いかがでしょうか。

【上野委員】

二次医療機関でよいと思います。

【森澤委員】

二次救急病院の中でも、温度差がありますので、搬送できる二次救急病院をリスト化するとか、全体への周知徹底をするとか、そこをしっかりと作ってから走り出したほうがいいと思います。

【藤谷部会長】

ここは非常に難しい問題だと思いますが、事務局いかがでしょうか。

【事務局西山】

リスト化するという検討で進むのであれば、救急告示医療機関協会会長にお話しをとおしてから動くこととなります。

【藤谷部会長】

太田先生に相談して、どのぐらいの医療機関が前向きなのかというのを調べていただいて、リスト化するか否かは慎重にしたほうがいいと思います。

【事務局西山】

わかりました。

【伊藤委員】

心肺蘇生を望まれない傷病者の対応について、このようなプロトコールがあることを病院協会にも情報を付与して、みんなで取り組みましょうという意味でお声がけする形でよろしいと思います。

【藤谷部会長】

では、まずは太田先生にお伺いをかけるということで、よろしくお願いします。

次に検討４－３に関して、主治医が最長１２時間来ないということで、いかがでしょうか。家族への引継ぎをすることに関して。

【上野委員】

朝まで置いておくというのは少し違和感があります。フローチャートからもそれることになりますがいかがですか。

【藤谷部会長】

事務局いかがですか。

【事務局西山】

そのような検討結果になれば、付け足す、もしくは米印で対応する形になると思います。

【根本幹事】

家族に引き継いだ事案が事件でしたよ。となることも考えられなくもないので、消防局としては、40分以内に来られないのであれば、病院搬送するというプロトコールで対応できたらなと思います。

【大嶽委員】

実際にこのようなケースはあるのでしょうか。あまり数が少ないようであれば、4-3はなくてもいいかと思います。

【森澤委員】

法医学的には6～8時間ぐらいで腐り始めますが、臭い始めるのは1日ぐらいはかかります。ただ、エンゼルケアをしないので、脱糞等があると置いてある環境への影響があり、周りが大変だと思いますので、4-3はなくていいと思います。

【伊藤委員】

かかりつけの先生が、今の業務を予定変更してすぐ行くというのが難しい状況もありえることも鑑みて、家族のご許可をいただくのであれば、40分縛りではなくてもいいかなと思いました。

【上野委員】

家族とかかりつけ医だけのやり取りであれば、翌朝ということもあると思いますが、今回のケースは、消防が関わっているので、消防側にも責任が発生してくるということと、引き揚げた翌朝に家族やかかりつけ医に連絡をして、どうなったかの確認作業が必要になることも考えられるので、4-3はなくていいと思います。

【土山幹事】

搬送できたほうが救急隊としては安心できます。

【田中幹事】

本来であればACPは本人の意思が一番尊重されるべきところではあるとは思いますが、我々の身も守る必要がありますので、搬送が救急隊としては安心だと思います。

【藤谷部会長】

救急隊の責務も発生してくるということで、4-3はなしということでよろしいでしょうか。それでは4-3は削除をお願いします。

時間もないので、以降の検討は第3回をお願いします。

それでは報告をお願いします。

【事務局西山】

(報告1、「救急患者連携搬送料」について、資料に基づき説明を行った。)

【藤谷部会長】

救急患者連携搬送料に関しては、各施設でしていただくということで、MC協議会等というところは、努力義務ということのようなので、各施設で責任を持って管理していただくということになりました。

では、次、お願いします。

【事務局西山】

（報告2、マイナンバーカードを活用した救急業務の実証事業（マイナ救急）について、資料に基づき説明を行った。）

【藤谷部会長】

約7%の情報閲覧があったということです。

次に、報告3をお願いします。

【事務局西山】

（報告3、救急隊と医療機関との情報共有システムについて、資料に基づき説明を行った。）

【藤谷部会長】

実証実験ですね。デジタル技術を活用した救急業務の効率化ということです。

次、お願いします。

【事務局西山】

（報告4、第33回全国救急隊員シンポジウムの発表演題について、資料に基づき説明を行った。）

【藤谷部会長】

秋田での発表になりますが、よろしくお願いいたします。

その他になりますが、何かございましたら、よろしくお願いいたします。

【事務局西山】

1点目は、コードステータス等につきましては、救急隊を介さず、病院到着後に本人や関係者に直接聞いていただきますよう、周囲の先生たちにお伝えいただきますようお願いいたします。

2点目です。田熊清継先生ですが、人事異動により川崎市立井田病院の副院長にご就任いたしました。そのため川崎市メディカルコントロール協議会要綱第2条第1項の規定により、川崎市メディカルコントロール協議会をご退任することとなりましたので、お知らせします。

また、田熊先生の後任につきましては、当作業部会の委員でもございます、市立川崎病院救命センター所長の上野先生となりますので、併せてお知らせいたします。

3点目です。次回の作業部会は、12月24日火曜日の10時からとなっております。場所は本日と同じですが、時間が異なりますのでご注意願います。

【伊藤委員】

1点目のコードステータスについて、これは口頭で周知ですか、それとも、MC協議会として文面を出すのか。いかがでしょうか。

【事務局西山】

現在、心肺停止傷病者に対してのプロトコールを話し合っている中で、今、私が話したようなことを文書でお伝えすると、病院が混乱する可能性がありますので、今すぐ文書を出すということは考えておりません。しかし、今後、同様事案が増えるようであれば、MCで検討が必要かなと考えております。

【藤谷部会長】

今日ご参加している方々から他に無ければ事務局にお戻しいたします。

【事務局佐々木】

ありがとうございました。本日は、長時間にわたりご審議いただきありがとうございました。

以上をもちまして、令和6年度第2回川崎市メディカルコントロール協議会作業部会を終了いたします。本日はありがとうございました。